ROK XIII CZERWIEC 1933 Nr. 6 (126)

PRZEGLĄD DENTYSTYCZNY

MIESIĘCZNIK

Ze stacji szczękowej Szpitala Miejskiego im. Rudolfa Virchowa w Berlinie. Kierownik Dr. Dr. Wassmund.

FRITZ LABAND. Berlin.

O zmianach patologicznych w jamie ustnej przy chorobach krwi

(Uber die pathologischen Veränderungen in der Mundhöhle bei Bluterkrankungen).

Niema dziedziny w medycynie, któraby w ciągu ostatnich 30 lat dorównała postępowi rozpoznania chorób krwi. Główną podstawą rozwoju i rozpoznania choroby jest obraz krwi i jego zmiany. Należy przeto przed przystąpieniem do badania specjalnych objawów klinicznych, występujących w jamie ustnej przy schorzeniach krwi, przypomnieć sobie dokładnie właściwości normalnego obrazu krwi, aby na jego tle rozwinąć należycie cechy obrazu chorobowego. Szczegóły orjentacyjne — w literaturze podanej na końcu pracy.

W normalnym obrazie krwi ilość każdego gatunku komórek jest dość ściśle określona. Liczby te, jak dowiedziono, u zdrowych podlegają nieznacznym wahaniom. Normalnie krew zawiera następujące gatunki komórek: czerwone ciałka krwi — krwinki (erytrocyty), białe ciałka krwi (leukocyty), monocyty i płytki krwi (trombocyty). Czerwone ciałka krwi są w normalnym obrazie krwi jednakowe: nie różnią się istotnie ani rozmiarem ani barwą. Te i poprzedzające je postacie, powstają u dorosłych w kościach płaskich — u dzieci w kościach płaskich i rurowych. Białe ciałka krwi, według powstania, dzielą się na dwie główne grupy: na powstające w narządach

chłonnych — *limfocyty* i powstające w szpiku kostnym — *leukocyty.* Według powinowactwa do barwików, rozróżnia się wśród komórek pochodzenia szpikowego obojętnochłonne leukocyty *(neutrofile),* stanowiące główną masę, zasadochłonne *(bazofile)* i eozynochłonne *(eosinofile).* Każdy z tych trzech gatunków komórek stanowi odrębną formę biologiczną o prawdopodobnie różnych własnościach i zadaniach. Pochodzenie i zadanie monocytów, jeszcze nie zostało ustalone. *Płytki krwi* (trombocyty) powstają prawdopodobnie z oderwanych wypustek pierwoszczy olbrzymich komórek szpikowych. One odgrywają poważną rolę w akcie krzepnięcia krwi i w wytwarzaniu skrzepu.

STAN KRWI

Erytrocytów 4,5 — 5 miljonów. Leukocytów 5 — 8000. Trombocytów 250 — 500.000. Hemoglobiny 80 — 100%. Wskaźnik barwny = 1.

Normalny obraz krwi białych ciałek (leukocytów)

Leukocytów	I Zasadochł.	II Eozynochł.	III Myelocyt.	IV Młodocianych	V Pałeczkow.	VI Segmentow.	VII Limfocyt.	VIII Monocyt.
5—800	0—1%	2—4%	—	0—1%	3—5%	51—67%	21—28%	4—8%

Widzimy w działce trzeciej: myelocyty wykazane — 0. Jedyna to ze wszystkich odmian białych ciałek krwi nieobecna w normalnym stanie krwi, ew. bardzo rzadko wykazywana, natomiast często znajduje się w chorobowym stanie krwi. Zawdzięcza się to, przypuszczalnie temu, że przez chorobę wiele ciałek ulega normalnemu zburzeniu. Ciałka zburzone zostają dążeniem organów wytwórczych szybko uzupełnione. Niedojrzałe ciałka — postać poprzedzająca normalne — zmyte prądem krwi, jako namiastka, dostają się do obiegu. Te młode (nie młodociane, objęte działką IV) w normalnej krwi nieobecne, są rozpoznawczym wskaźnikiem tego, które gatunki ciałek krwi i który narząd wytwórczy ciałek tych jest uszkodzony. Tym przejawom odpowiada przy każdej chorobie krwi typowy obraz krwi, tak samo jak przy każdem ostrem zakażeniu ustroju można spostrzec w obrazie krwi swoistą reakcję. Uszkodzenie ciałek krwi wyraża się zmianą zasobu hemoglobiny, kształtu i struktury. Obserwować te atypowości można będzie w przytoczonych chorobowych obrazach krwi.

Opisanie wszystkich chorób krwi nie leży w ramach mojego referatu. Opisane zostaną tylko te schorzenia krwi, których typowe objawy i to przedewszystkiem występują w jamie ustnej.

Niedokrwistość złośliwa Biermera *(anaemia perniciosa)* daje w pełni swego rozwoju typowy obraz krwi z uszkodzeniem i zburzeniem czerwonych ciałek krwi, wypłukaniem niedojrzałych ciałek i ze wzmożonym wskaźnikiem barwnym. Zmiany leukocytów występują tylko w jego układzie szpikowym, limfatyczny i monocytowy zmianom nie ulegają.

Obraz krwi opisanego przypadku gładkiej atrofji języka (Glossitis Huntera) w przebiegu anemji złośliwej: eos. 7%, pałeczk. 2%, segment. 54%, lymfoc. 33%, monoc. 4%, normoblastów 3, erytroc. 2.300.000, leukoc. 3900, hgb. 60%, wsk. b. 1,3.

Interesujące nas wczesne objawy w jamie ustnej niedokrwistości złośliwej są następujące: Glossitis i stomatitis Huntera występują na kilka, a często na kilkadziesiąt lat przed ujawnieniem choroby. Pacjent ma typowy, gładki, zanikowy język. Często objęta jest tylko część języka, jak w danym razie boki języka, w innym przypadku zajęta bywa cała przednia i środkowa część do podstawy języka. Jest to tak typowy obraz, którego nie można nie rozpoznać. W zbadanych 107 przypadkach złośliwej niedokrwistości objawy te ustalono w 84%. Ten obraz chorobowy języka, albo stomatatis Huntera z jego upośledzeniem żucia, często sprowadza pacjenta do lekarza, mimo niewystępowania żadnych innych subjektywnych objawów choroby. Wczesne rozpoznanie złośliwej niedokrwistości ważne jest dla dobrego wyniku leczenia, jaki we wczesnym okresie choroby daje terapja wątrobiana. Wczesne zastosowanie wymienionego leczenia może wstrzymać albo osłabić wystąpienie groźnych, ostrych objawów choroby.

O wiele więcej jeszcze aniżeli ze złośliwą niedokrwistością liczyć się należy *z białaczkami* i ich wczesnemi objawami w jamie ustnej. Wyrażam się zbiorowo „białaczki", bowiem objawy w jamie ustnej, występujące natychmiast przy ostrej formie, nie różnią się od względnie powoli rozwinąć się mających przy przewlekłej formie choroby krwi. Istotę białaczki można według dr. Domarusa dokładnie tak określić: „Białaczka jest ogólnem schorzeniem układowem, którem dotkniętym zostać może dział myeloiczny albo limfatyczny. Choroba polega na nieograniczonem bujaniu dotkniętych niedojrzałych komórek i mnożeniu się pierwiastków komórkowych. Z powodu bujania, znaczna ilość młodych ciałek przedostaje się do obiegu krwi". Temu zawdzięczamy typowy obraz przy białaczce t. j. powiększenie ilości ciałek myeloicznego pochodzenia wzgl. ich pierwotypów, albo limfatycznych komórek. Nas szczególnie interesują ostre formy białaczki, gdyż te przeważnie dają obraz ostrego zakażenia, a nawet początku sepsy, jak to w prakty-

ce często ma miejsce przy sprawach zapalnych okolicy żuchwy. Przytoczona historja choroby najlepiej to objaśni.

Młody człowiek, dotąd zdrowy, 6 tygodni przed obecną chorobą przechodził anginę, nagle zachorował na obrzęk okolicy żuchwowej i policzka. Lekarz dentysta usunął kilka podejrzanych bezmiazgowych zębów, uważając je za przyczynę choroby. Ponieważ obrzęki nie cofały się, przekazał on pacjenta stacji szczękowej szpitala Rudolfa Virchowa. Podczas oględzin (trzy tygodnie po zachorowaniu) pacjent wywarł wrażenie ciężko chorego: skóra była uderzająco blada i zlekka cyanotyczna, odżywianie upośledzone. Wewnętrzne organy poza nieznacznem rozszerzeniem serca w kierunku lewym i powiększenia śledziony wymacalnej na szerokość dwóch palców pod lewem podżebrzem, nic więcej, nie wykazały. Zastanawia stan specjalny. Gruczoły żuchwowe i bródkowe z prawej strony wielkości wiśni, przesuwalne i niebolesne Okolica lewa żuchwy szczególnie jej kąta nacieczona do twardości drzewa, skóra zlekka zaczerwieniona. Dziąsła bardzo przerośnięte, tak, iż częściowo, szczególnie w okolicy przednich zębów sięgają siecznego brzegu zębów. W wytworzonych przeto kieszonkach i na górnych brzegach znajdują się liczne płytkie owrzodzenia pokryte żółtawo - szarawym nalotem. Śluzówka sinoczerwona, utkana petociami wielkości łebków szpilek. Język obłożony, foetor ex ore, T^{0} do 40^{0}. Na początku, w mniemaniu, że to ropowica dna jamy ustnej, usunięto kilka zębów. Przeciw ropowicy przemawiała zupełna niebolesność nacieczonych gruczołów prawej strony i twardy jak deska, małobolesny naciek lewej okolicy żuchwy. Zupełnie niemożliwem jest, aby ostra zapalna sprawa, za jaką ją przyjęto na początku, była zupełnie niebolesna. Przeciwnie, mając przed oczami obraz głównych objawów ostrej białaczki: 1) gorączkę, 2) krwotoczną skazę, 3) obrzęki krwotoczne jamy ustnej i gardzieli, 4) obrzęk gruczołów chłonnych i śledziony, 5) ciężką niedokrwistość, widzimy u naszego pacjenta prócz skazy krwotocznej, cały zespół objawów ostrej białaczki. Obserwuje się często, że pomimo, iż obrzęki krwotoczne w jamie ustnej poprzedzają obraz chorobowy krwi, pacjent przez długi czas jest leczony objawowo. Obserwowano podobny stan przy limfatycznej białaczce, kiedy to nie obrzęki lecz krwawienia samoistne śluzówki jamy ustnej i nosa, występowały, jako czołowe objawy obrazu chorobowego. Odnośnie przypadku 1: badanie krwi wykazuje. że mamy przed sobą nie sprawę lokalną, a schorzenie krwi, mianowicie białaczkę pochodzenia macierzysto - komórkowego (Stammzellenleukämie). Różniczkowy obraz krwi wykazał: pałeczk. 1, segm. 2, eoz. 2, kom. macierzystych (Stammzellen) 52, olbrz. monoc. ?,

(promyelocytów) 22, mał. limfocytów 21. Łącznie leukoc. 36000, erytroc. 3,1 milj. Pacjent zmarł w 2 dni po przybyciu do szpitala.

Innem, również typowem zjawiskiem w jamie ustnej przy białaczce jest samorzutna martwica. Martwice przy białaczce mają typowy charakter: 1) kożuchowaty wygląd, 2) mocne przyleganie do podściułki, 3) prawie zupełny brak reakcji otoczenia. Martwica często obejmuje tkankę pod nią leżącą wraz z okostną tak, że po oddzieleniu się martwicy, pozostaje zupełnie obnażona kość. Obserwowano to u pacjentki, która przybyła do szpitala. Twardy naciek lewego policzka i okolicy ślinianki, przyczem skrawek ucha był uniesiony; po obu stronach wymacalne niebolesne pakiety gruczołów żuchwowych; gruczoły dołów nadobojczyokwych nieco powiększone. Przy dokładnych oględzinach stwierdza się wszystkie pięć wymienionych objawów białaczki. Prócz tego wystąpiły jeszcze białaczkowe nacieki różnej wielkości typowego sinoniebieskiego zabarwienia na brzuchu i obu piersiach.

Widzimy więc, że przy białaczce występują ściśle określone objawy w jamie ustnej, które nawet różniczkowo łatwo wyodrębnić.

W związku z tem, ale nie zbliżony do niego jest obraz chorobowy, którego objawy są nam znane z ostatnich prac von Schulza i Friedemana.Tyczy się to *agranulocytozy*. Etjologja jej jest jeszcze zupełnie ciemna. Nazwa agranulocytoza oznacza istotnie stan choroby, w którym występuje prawie zupełny brak komórek z ziarnistościami (granulierten Zellen) w obrazie krwi. Przebieg kliniczny przeciętnie następujący. Choroba występuje przy objawach ostrego zakażenia z dreszczami i zwykle z bólem gardła. Wkrótce pokazują się martwice na śluzówkach, przeważnie na migdałkach. To może mieć miejsce i na innych śluzówkach, jak np. ust, języka, kiszek i pochwy. Według Friedemanna śmiertelność wynosi 91,6 proc. Typowym dla schorzenia jest obraz krwi: czerwone ciałka, jak w powyżej wymienionej niedokrwistości, niezmienione. Ilość białych komórek znacznie zmniejszona, często do 2 — 300 leukocytów (norm. 7 — 9000). Odwrotnie w wykazie gatunkowym do 98% limfocytów (norm. 25 — 30%). Objawy w jamie ustnej wahają się od pojedyńczych owrzodzeń do ciężkich stomatitów, od pojedyńczych martwic na dziąsłach do szeroko rozpostartej martwicy śluzówki policzka, szczęki, albo języka. Często trudno odróżnić te martwice od występujących przy białaczce. Mieliśmy wrażenie, że sprawy te w jamie ustnej przy agranulocytozie mają wygląd bardziej suchawy, gdy przy białaczce mają miękki, ciągnący się nalot. Objaw

ten, jednak, niema ważnego znaczenia. Natomiast zaznaczyć należy, że w dotąd obserwowanych przypadkach agranulocytozy, w przeciwieństwie do białaczki, stale obserwowano brak skaz krwotocznych, petoci i wybroczyn. Temu odpowiada również normalny stan trombocytów. W rozpoznaniu różniczkowem decyduje obraz krwi. Zgodnie z spostrzeżeniami oddziału zakaźnego naszego szpitala na ogół nie było objawów chorobowych na migdałkach: spotkano je tylko w 2-ch na 30 przypadków agranulocytozy. Również w 2-ch tylko przypadkach nie stwierdzono żadnych zmian w jamie ustnej. Typowego umiejscowienia objawów nie stwierdzono.

Objawy różniły się jakością i umiejscowieniem.

Na zakończenie jeszcze słów parę o chorobie, w której martwica występuje tylko na migdałkach, monocytarnej anginie albo limfomonocytozie. Już liczne prace obszernie ten obraz chorobowy opisują. U chorego występuje wysoka gorączka, angina i ogólne kiepskie samopoczucie. Po 5—10 dniach przeciętnie temperatura spada do normy na czas dłuższy. Obraz krwi wykazuje zmniejszenie ilości komórek ziarnistych i nadmiar jednojądrzastych. Ten stan krwi trwa miesiącami. Ilość leukocytów przytem tylko nieznacznie zmniejszona. Mieliśmy możność obserwowania dwóch przypadków z takiemi objawami i podobnym obrazem krwi, przyczem martwice nie występowały na migdałkach, a na śluzówce jamy ustnej. Martwice te występowały samorzutnie w obu przypadkach i rozpościerały się tak, że gałąź pozioma na przestrzeni od siekaczy do trzonowców, raz z policzkowej strony, drugi raz z językowej obnażona została. Obrazy krwi robiły wrażenie limfomonocytozy. Typowy obraz jednego z tych dwóch przypadków: hmg. 75%, leukoc. 4300, erytroc. 4.500.000 eozyn. 2, pałeczk. 2, segm. 27, m. limfat. 61, d. limf. 4, monoc. 4. W obu przypadkach martwice zagoiły się bez specjalnego leczenia, zaś stan obrazu krwi trwa dotąd 3 miesiące. Niewyjaśnionem zostaje, jak dalece i w jakim kierunku choroba narządu może się rozwinąć.

STRESZCZENIE.

Schorzenia narządu krwiotwórczego dają typowe zmiany w jamie ustnej, które często uważać należy jako objawy wczesne, albo jako rozpoznawcze czynniki. Chodzi tu o glositis i stomatitis w jego różnych postaciach, również o rozciągłe owrzodzenia i martwice śluzówki. Schorzenia, o których mowa, to niedokrwistość, białaczka, agranulocytoza i limfomonocytoza

We wszystkich przypadkach, przy których niema usprawiedliwienia przyczyn miejscowych, a pacjent robi wrażenie ciężko chorego nieodpowiednio do stanu miejscowej choroby, należy pamiętać o schorzeniu krwi.

O rodzaju choroby ostatecznie rozstrzyga obraz krwi.

PIŚMIENNICTWO

Field, H. J.: Myeloblastic leucaemia. Dental Cosmos LXXI, Nr. 8.

Friedemann, U.: Angina agranulocitica. Ztschr, f. klin. Med Bd. 108.

Friedemann u. Elkeles: Formenkreis der Anginen. Zetralbl f. Ohrenheilk. Bd. 29.

Heinroth, H.: Fortschr. d. Zahnhk. Bd. 5, s. 110, 143.

Löhe u. Rosenfeld: Uber Monozytenangina. Dermatolog. Zeitschr Bd. LIII. 1928.

Loos, Otto: Handwörterbuch der gesamten Zahnheilkunde. Bd. II Glossitis.

Mohr-Staehelin: Handbuch der inneren Med.

Moral, M.: Fortschr. d. Zahnhlk. Bd. 4, s. 143.

Reichel, Joh: Perniziöse Anämie. Wiener Archiv finnere Med XIX, Nr. 2, S. 241.

Schulz, Werner: Die Beziehungen d. Blutbildes. Zahnärztl. Rundsch. 1928, Nr. 22.

Slauk, A.: Handbuch d. gesamten Zahnhk. Bd. 1. Bluterkrankungen.

Strümpel, A.: Pathologie u. Therapie der inneren Krankheiten 1926 r.

Z upoważnienia autora i Zahnärztliche Rundschau tłum. Jan Gombiński.

Dział streszczeń

OVE BRINCH. Badania histologiczne zmian anatomo - patologicznych w tkankach podniebienia u chorych noszących dostawki. (Histologische Untersuchungen über pathologisch - anatomische-Verenderugen im Gaumengewebe Prothesen - tragender Patienten) Vierteljahrs. f. Zahnheilkunde. H. 1. 1932.

Dostawka kauczukowa, leżąc na śluzówce jamy ustnej, jako ciało obce, drażni ją, zwłaszcza zaraz po założeniu. Śluzówka jest przekrwiona, lekko nabrzmiała i wrażliwa na dotyk.

Po krótkim okresie czasu sprawa ostra przeistacza się w przewlekłą; ta ostatnia zaznacza się rozlanem nacieczeniem i zaczerwienieniem śluzówki, które wyraźnie kończy się na granicy dostawki. Po upływie wielu lat występują zmiany nietylko w tkankach miękkich ale i kostnych. Następuje zanik kości i dostawka źle się utrzymuje na podniebieniu.

Autor podjął zadanie zbadania, jakie zmiany histologiczne odpowiadają wyżej opisanym obrazom klinicznym W tym celu zbadał tkanki 14-tu chorych w wieku od 25 — 85 lat (wszyscy zmarli na choroby, nie mające siedliska w jamie ustnej). Dla porównania zbadal także wycinki z podniebienia dwóch osób, które nie nosiły dostawek, przyczem stwierdził, że tkanki były normalne: nabłonek wielowarstwowy, płaski układał się równomiernie; w niektórych tylko miejscach, w pobliżu szwu podniebiennego wgłębiał się kolbowato w podłoże. Warstwa tkanki łącznej podnabłonkowej — względnie cienka pod nią warstwa gruczołowa, budowa jej i wyloty gruczołów — normalne. Przekrwienia ani zatrzymania wydzieliny niema, gdzieniegdzie nacieczenie drobnokomórkowe.

Jak widać z protokółów (3 — 14) badań chorych, którzy dostawki nosili, mieli oni zarówno w nabłonku, w warstwie tkanki łącznej podnabłonkowej, gruczołowej, a w dwóch wypadkach nawet kostnej, daleko posunięte zmiany elementów tkankowych. Złuszczenie się nabłonka dochodziło aż do zupełnej, w niektórych miejscach jego utraty. Tkanka łączna, oraz warstwa gruczołowa uległy destrukcji. Naczynia włoskowate, oraz tętniczki były znacznie rozszerzone, przewody gruczołowe również rozszerzone — przepełnione wydzieliną, najczęściej jednak zniszczone. Dookoła zbyt rozszerzonych przewodów gruczołowych — nacieczenie drobnokomórkowe, niekiedy jednak ulegały one zupełnemu zniszczeniu, pozostawiając tylko ślady. Na ich miejscu powstała tkanka tłuszczowa. Przez tę ostatnią przerastała, przeciągając przez nią włókna, tkanka łączna. U osobników starszych — objawy sklerozy, oraz zanik kości, wyrażającej się w jej ścienieniu. Obok zmian powyższych, w dwóch przypadkach stwierdzono zwłóknienie powierzchownych warstw szpiku kostnego. Wszędzie jednak zarówno w nabłonku, jak i w tkankach głębiej leżących, obfite nacieczenia drobnokomórkowe. Również dokoła naczyń krwionośnych wylotów gruczołowych, wśród rozpulchnionego często nabłonka resztek tkanki łącznej — liczne i obfitenacieczenia drobnokomórkowe. Na miejscu zniszczonej tkanki gruczołowej — tkanka tłuszczowa; w jednym tylko przypadku (13) zmiany były mniejsze.

Wyżej opisane zmiany powstają przedewszystkiem wskutek mechanicznego drażnienia. Dostawka na powierzchni zwróconej ku śluzówce posiada liczne nierówności, które przy częstych, drobnych poruszeniach drażnią ją. Siarka i rtęć (barwik), zawarte w kauczuku, drażnią ją chemicznie. Przez zmiany i złuszczenia się nabłonka otwierają się wrota wgłąb tkanek dla drobnoustrojów, które tu dzięki zahamowaniu odpływu i rozkładowi wydzielin śluzówki znajdują wyśmienite warunki dla swego rozwoju. Szkodliwe działanie tylko co wymienionych czynników pomniejsza odporność tkanek, dzęki czemu te ostatnie ulegają zwyrodnieniu lub zanikowi. Wpływ dostawki, jako złego przewodnika, gra tu również niepoślednią rolę.

W końcu autor wypowiada zdanie, że należy raczej dziwić się, że zespół tych szkodliwych czynników nie wywołuje zmian jeszcze większych, co znajduje swe wytłumaczenie w znanej odporności wszystkich tkanek jamy ustnej.

Żałować należy, że autor nie zbadał, czy i jakie zmiany wywołuje noszenie dostawki metalowej. (Uwaga ref.).

str. *A. Mokrzycki,* lek. dent.

DR. RENE BOISSON. Rozważania o hygienie zębowej i o środkach obrony przeciw próchnicy. (Consideration sur l'hygiene dentaire et l'armement de défense contre la carie). Rev. Belge de Stomatol. Nr. 1 — 1933.

Głównym zadaniem hygjeny jamy ustnej jest zapobieganie próchnicy zębów i walka z nią oraz jej następstwami. Jest to, jak wiadomo, sprawa ważna, gdyż chodzi tu o organ, dzięki któremu odbywa się przyswajanie pokarmów. Dr. Rene Boisson, profesor Uniwersytetu Brukselskiego pragnie w swym referacie zwrócić uwagę na parę spraw, które według niego nie są jeszcze wśród szerszej publiczności dostatecznie zrozumiane.

A więc: 1) co to jest próchnica? 2) jakie są jej następstwa? 3) jak można im zapobiec?

Rozpatrując próchnicę można stwierdzić, że jest ona bezwątpienia pochodzenia mikrobowego. Wgłębi kanału zęba, dotkniętego próchnicą szkliwa, znajduje się zawsze bakterje kwasochłonne np. z grupy *streptococus mutans.* Ciekawem jest, jaką drogą może się dostać taki mikrob pod szkliwo, nie zniszczywszy jego substancji. Przez długi czas przypuszczano, że przenikanie to ułatwiały organizmy z grupy trichomycetów, których głównym przedstawicielem jest *streptotrix,* znajdujący się w nalocie mucynowym na źle utrzymach zębach. Jednak tak

nie jest, gdyż wiele osób, utrzymujących swą jamę ustną bez zarzutu, ma zęby dotknięte próchnicą i próchnicą ostrą, podczas, gdy inni, nie znający wprost szczotki do zębów, zachowują całe uzębienie bez śladów próchnicy do wieku podeszłego. Autorzy amerykańscy na podstawie badań dotkniętych próchnicą zębów dzieci twierdzą, że, chcąc uchronić się od próchnicy, należy wydać bezwzględną walkę bakterjom kwasochłonnym. Sprawdzianem obecności próchnicy w jamie ustnej względnie usposobienia do tworzenia się próchnicy będzie znalezienie w ślinie wyżej wymienionych bakteryj. Najłatwiej oczywiście tłomaczy się tworzenie się próchnicy u ludzi, nie dbających o zęby. Trzeba jednak pamiętać, że drobne uszkodzenie lub szczelinki, które się widuje w szkliwie nie są pochodzenia próchnicowego. Każda zaś przyczyna, wywołująca kwasotę śliny jest jednocześnie czynnikiem wywołującym próchnicę. podobnie jak infekcja, brak witamin, zaburzenia w metaboliźmie, skazy gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu, ciąża. W rezultacie rola, jaką się przypisuje mikrobom, traci z dnia na dzień na ważności na korzyść innych czynników, znacznie trudniejszych do wyeliminowania.

Żucie odgrywa tu także ważną rolę. Ostatniemi laty wykazano, że szkliwo posiada istną sieć limfatyczną i że wzdłuż pryzmatów jest wyraźnie przepuszczalne, przez co jest uzależnione od płynów hormonowych. Dowiedziono tego zapomocą kataforezy. Trzeba dobrze zorjentować się w histologji zęba dla zrozumienia genezy próchnicy, aby nie robić błędów, jakie robili nasi poprzednicy, którzy uważali szkliwo za rodzaj nieprzenikliwego pokrowca ochraniającego ząb, który tem samem był rzekomo zabezpieczony przed wtargnięciem bakteryj. Ta teorja nie zgadza się z histologiczną budową zęba. Z przykrością jednak trzeba powiedzieć, że nie mamy środków skutecznie zabezpieczających zęby od próchnicy.

Teraz zobaczmy, jakie są następstwa próchnicy — przedewszystkiem u dzieci w zębach mlecznych. Stwierdzono statystycznie, że wśród dzieci poniżej 7 lat jest 60% do 70% dotkniętych próchnicą od 7 lat wzwyż aż do wieku młodzieńczego około 70% i że w 90% przypadków najwcześniej atakuje ona trzonowce, a więc organ najwięcej potrzebny do miażdżenia pokarmów. Skutkiem próchnicy jest obrzęk gruczołów, które reagują natychmiast na infekcję miazgi, gdyż z nią są w stałym kontakcie. I wreszcie ostatnie następstwo u dzieci: przedwczesne usuwanie zainfekowanych zębów mlecznych, co wpływa ujemnie na dalsze kształtowanie się szczęki i twarzy. Ból, jaki towarzyszy tym niedoma-

ganiom, wywołuje u cierpiącego dziecka zaburzenia nerwowe. U młodzieży starszej schorzenia te powodują zmniejszenie współczynnika żucia ze wszystkiemi jego następstwami. Wszelkie zapalenia miazgi, ropnie, a nawet ropowice szyi lub twarzy są skutkiem próchnicy, przyczem wyżej wymienione ropowice często dają zejścia śmiertelne.

Liczniejsze komplikacje powodują infekcje pośrednie, które nie dają objawów bólowych, ostrzegawczych. Dotyczą one przeważnie zębów martwych, leczonych lub nie, które stanowią największe niebezpieczeństwo dla organizmu, tem groźniejsze, gdy nie są bolesne. gdyż często nagle ujawniają się skutki, które na pierwszy rzut oka nie mają nic wspólnego z niedomaganiami zębowemi jak np: choroby nerek, wsierdzia, stawów. W wielu razach są one pochodzenia zębowego. Bywają też zaburzenia żołądkowo - kiszkowe przy nieprawidłowem żuciu u ludzi, którzy stracili znaczną ilość trzonowców. Często spotykaną komplikacją jest zapalenie zatoki szczękowej, pochodzące od korzeni górnych zębów. Tak więc próchnica duże daje komplikacje. Co do środków stosowanych przeciwko próchnicy niema, niestety, nic całkowicie pewnego. Ważną sprawą jest umieć znaleźć taki ubytek jaknajwcześniej, by mieć gwarancję, że nie będzie reinfekcji. Aby osiągnąć ten cel, trzeba pouczyć rodziców, by prowadzili dzieci regularnie do dentystów, co nie jest niestety stosowane bądź przez niedbalstwo rodziców, bądź złą wolę dzieci. Należałoby więc poddać wszystkie dzieci obserwacji, w szkołach informować o złych skutkach niedbalstwa. Najczęściej przeciwstawia się temu zła wola pacjentów (u dzieci przykład kolegów — sugestja kollektywna), trudności natury finansowej (trzeba mieć kapitał dla utworzenia i utrzymania organizacji, mającej na celu leczenie zębów) i wreszcie, trzeba umiejętnie dobrać odpowiedni personel.

A teraz co należałoby przedsięwziąć? W każdem mieście stworzyć parę ośrodków dentystycznych, możliwie blisko szkół. Jest to system łatwy, ekonomiczny i postępowy; w wielu państwach przyswojono go sobie. Albo zamiast paru można stworzyć jeden, główny instytut dla dzieci całego miasta. I to może byłaby lepsza metoda postępowania, gdyż byłoby wszystko razem zgrupowane i statystyki łatwiejsze do przeprowadzenia. Tę metodę zastosowano już w Ameryce w Bostonie, w Rochester, w Nowym Jorku, w Europie zaś w Rzymie i Londynie.

W takim zakładzie dzieci podlegają opiece do lat 16-tu. W I oddziale leczy się i plombuje zęby amalgamatem miedzi (!!!? przyp.

Red.), ubytki powierzchowne zaś tuszuje się azotanem srebra. II oddział zajmuje się orthodonją, III — laryngologją (zapalenie migdałów) i wreszcie IV przyspasabia jakby pielęgniarzy, wybranych do wyszukiwania zębów próchnicowych i szerzenia zasad hygjeny.

W tymże instytucie wykłady i konferencje dla publiczności szerzej objaśniają im sprawy, propagując je jednocześnie. Bardzo ważną jest rzeczą, by kobiety ciężarne dbały forsownie o swe zęby.

Statystyki zbierane w takim Instytucie wykazują, że najwięcej zastosowano tam zabiegów zapobiegawczych i zachowawczych, uzupełnień zaś uzębienia technicznych było bardzo niewiele.

Tak więc wygląda profilaktyka chorób jamy ustnej, choć metody postępowania są bardzo rozmaite. Trzeba także zwrócić między innemi uwagę na dobre wyszkolenie lekarzy, aby nie doprowadzali przez swe niedbalstwo lub nieumiejętność do komplikacji, co również często się zdarza, a właśnie znając dobrze przyczyny powstawania próchnicy i umiejąc skutecznie przeciw nim się bronić, doprowadzi się do tego, że nie będzie nic bardziej prostego i łatwego.

Str. Korzeniowska-Kiborttowowa, Lek. Dent.

Nowa docentura stomatologiczna

Habilitacja Dra. Med. K. Szepelskiego.

Dr. Szepelski Konrad urodził się r. 1896 w Ostrogu. Po ukończeniu w r. 1922 Wydziału Lekarskiego we Lwowie, gdzie jako student, słuchał wykładów z zakresu stomatologji u Prof. D-ra Cieszyńskiego, został asystentem w ówczesnym Państwowym Instytucie Dentystycznym u Prof. D-ra Meissnera. W roku 1926 przechodzi jako asystent do Prof. D-ra Wilgi. W roku akad. 1929/30 wyjeżdża, jako stypendysta Min. W. R. i O. P., na studja uzupełniające do Rostock, Bonn, Monachjum i Wiednia, gdzie studjuje u Prof. D-ra Morala, Prof. D-ra Kantorowicza, Prof. D-ra Hauensteina i Prof. D-ra Pichlera. — Po powrocie z zagranicy zostaje mianowany adjunktem przy katedrze Dentystyki Zachowawczej Prof. D-ra Wilgi.

Dnia 27 kwietnia 1933 Dr. Szepelski habilituje się z zakresu stomatologji na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie na podstawie pracy: „Próba zastąpienia arsenu w terapji zapaleń miazgi" oraz wykładu habilitacyjnego na temat: „Nadwrażliwość zębiny i jej zwalczanie". Dr. Szepelski ogłosił dotychczas 21 prac w języku polskim, niemieckim i czeskim.

Pytania i odpowiedzi

Do

Redakcji „Przeglądu Dentystycznego"

Przy niektórych protezach, wykonywanych z Wipli zauważyłem tworzenie się czarnego zabarwienia na zębach i metalu. Proszę o wytłumaczenie, czy zachodzi tu jakiś proces elektrolityczny, który prowadzi do przebarwień? Zabarwienie czarne nie oszczędza nawet zębów naturalnych, chociaż w ustach niema żadnych plomb miedzianych ani robót randolfowych.

Z poważaniem

G. S., lekarz-dentysta, Łódź

Odpowiedź.

Proces elektrolityczny, czyli rozpuszczanie się metalu wymaga obecności w ustach metali zdolnych do rozpuszczania się. Z metali czystych nie ulegają żadnym zmianom jedynie wysokowartościowe złoto, platyna, palladium i chrom. Domieszki innych metali w stopach obniżają ich wartość elektrolityczną. Przy stali nierdzewiejącej Wipla, złożonej z chromu, niklu i żelaza dochodzi do wytworzenia się ciała nowego, różniącego się własnościami fizycznemi i chemicznemi od poszczególnych jego składników. Przez ogrzanie Wipla do temperatury 1180°—1190°C bez dostępu powietrza i następnie zahartowanie uzyskuje się formę stali odpornej na działanie chemiczne i elektrolityczne równe złotu i platynie. Nieodpowiednie podgrzewanie na wolnym ogniu niszczy dodatnie własności Wipla, zmieniając go w bezwartościowe żelazo. W tych wypadkach tworzy się brunatny a nie czarny osad rdzy na metalu. Po starciu osadu powierzchnia uprzednio gładka wykazuje zagłębienia — nadżerki.

Wzmiankowane czarne zaberwienie zębów jest osadem siarczku żelaza, wytwarzającego się niezależnie od metalu Wipla. Spotkać je można przy wszystkich robotach kauczukowych, jeżeli siarka zawarta w kauczuku nie zostanie w całości związaną procesem wulkanizacyjnym. W takich wypadkach siarka wydziela się z kauczuku i łączy się z żelazem zawartem w pokarmach lub lekarstwach, dając czarny osad na powierzchni kauczuku i przyległych powierzchniach zębów.

Jescze wybitniejszy objaw tworzenia się czarnego osadu nastąpi w przypadku znajdowania się w kotle przy wulkanizacji żelaznych części np. kiwet, ramek, śrub i t. p. Wówczas dochodzi do tworzenia się siarczku żelaza podczas wulkanizacji i magazynowania jego w kauczuku. Przy późniejszem użytkowaniu protez namagazynowany siarczek żelaza będzie się wydzielał w postaci czarnego osadu tak długo, dopóki nie wyczerpie się całkowicie jego zapas. Osad ten nie pozostaje jednak w żadnym związku z metalem Wipla, bo po starciu osadu powierzchnia Wipla pozostaje gładko - lustrzaną i nie wykazuje żadnych nadżerek. Zabezpieczenie się od tworzenia czarnego osadu na zębach nastąpi przez wyeliminowanie z kotła wszelkich żelaznych części przy wulkanizacji i dokładne przestrzeganie przepisów wulkanizacyjnych.

Dr. Zeńczak, Warszawa

V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy

W dniach 9, 10 i 11 grudnia r .b. odbędzie się w Warszawie V Ogólnopolski Zjazd Przeciwgruźliczy.

Ze względu na przypadające w r. b. 25-lecie Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego otwarcie Zjazdu poprzedzi Raut, wydany w dniu 8.XII. w salonach Rady Miejskiej przez Pana Prezydenta m. st. Warszawy inż. Zygmunta Słomińskiego. Obrady Zjazdu toczyć się będą w dniu 9 i 10 grudnia w murach Państwowej Szkoły Higjeny przy ul. Chocimskiej 24, dn. 11 grudnia przeniesione zostaną do Otwocka, gdzie uczestników gościć będzie miejscowy Zarząd Miejski oraz Zarząd Uzdrowiska dla chorych piersiowych m. st. Warszawy.

Program Zjazdu obejmuje cztery tematy zasadnicze. 1) Nowe metody bakterjologicznego rozpoznawania gruźlicy, 2) Powikłania poodmowe, 3) Stan walki z gruźlicą na ziemiach polskich, 4) Stan walki z gruźlicą na terenie Warszawy. Prelegentami będą: dr. Miłosz Grodecki, prof. dr. Tomasz Janiszewski, prof. dr. Leon Karwacki, doc. dr. Aleksander Ławrynowicz, dr. Mikołaj Łącki, dr. Paweł Martyszewski i dr. Olgierd Sokołowski.

Pozatem program przewiduje zwiedzanie szpitali, sanatorjów i instytucyj specjalnych do walki z gruźlicą na terenie Warszawy i Otwocka.

W związku ze Zjazdem w okresie od dnia 2.XII. do dnia 12.XII. r. b. trwać będzie w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny Wystawa Przeciwgruźlicza. Dział naukowo-sprawozdawczy zilustruje organizację i stan walki z gruźlicą w Polsce, dział przemysłu chemiczno-farmaceutycznego zapozna uczestników ze zdobyczami tej gałęzi przemysłu polskiego.

Komitet Organizacyjny Zjazdu mieści się w lokalu Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego przy ul. Mazowieckiej 5 i udziela informacyj w dnie powszednie w godzinach 9—13 i 18—20 (tel. 699-57).

O czem piszą?

Die Fortschritte der Zahnheilkunde nebst Literaturarchiv. Tom IX. Rok 1933.

Zeszyt 3. G. *Axhausen*. Patalogja i terapja stawu żuchwowego. G. Schmidt. Patologja i terapja gruczołów ślinowych. W. Meyer. Uchybienia w dziedzinie chirurgji dentystycznej. Fr. Faber. Histologja. H. Siegmund. Histologja patologiczna. K. Zilkens. Histologja patologiczna zęba. W dziale streszczeń spotykamy z prac polskich *J. Jarząba:* „Nadliczbowy górny trzonowiec powodem bólów neuralgicznych" (Polska Stomatologja 1932 — 10) i *A. Cieszyńskiego:* „Jeszcze kilka uwag co do spraw ropnych w okolicy zaszczękowej górnej" (Polska Stamotologja 1932 — 10).

Zeszyt 4. P. Kranz i H. von Osten-Sacken. Wydzielanie wewnętrzne. H. Gins. Mikrobiologja, bakteriologja i serologja. G. Fischer. Biologja specjalna systemu zębowego.

Zeszyty 5. H. Türkheim. Badania próchnicy. W. Praeger. Choroby miazgi. E. Feiler. Choroby przyzębia szczytowego. B. Gottlieb i Weinman. Ropotok zębodołowy i zanik zębodołu. R. Weber. Patologja i terapja chwiania się zębów. J. Münch. Plombowanie i jego metodyka.

La Stomatologia. 1933 — 3. Gu. Bracchetti. Poglądy i kierunki nowoczesnej ortodoncji. N. Amodeo. O przyczyczynach dentycji trzeciej i zębów zatrzymanych. E. Meneghello. Przyczynek do układu histopatologicznego epulid. B.

Petru. Metalurgja w odniesieniu do protez dentystycznych. A. Provvisionato. Przenikliwość tkanek zębowych w stosunku do jadu wścieklizny.

La Stomatologia. 1933 — 4. G. Giurelli i B. de Vecchis. Leczenie zboczeń zgryzu. Aparaty o łuku językowym. G. Poletti. Znieruchomienia stawu żuchowego. C. Branchini. Instytut zęboleczniczy uniwersytetu w Padwie.

La Stomatologia. 1933 — 5. Sprawozdanie z XX Kongresu Stomatologicznego Włoskiego.

La Stomatologia. 1933 — 6. G. Csernyei. Doświadczalne odcięcie wierzchołka korzeniowego w warunkach patologicznych. G. Andreassi. Badania nad rwą nerwu trójdzielnego.

Revue Belge de Stomatologie. 1933 — 1. Rozważania na iematy hygjeny zębów i walki z próchnicą. V. Ghinst. Melanoglossja. M. Pôlet. Mechanizm powstawania bólów i ich uspakajanie.

Revue Belge de Stomatologie. 1933 — 1. Rozważania na temat trepanacja zębodołu i odcięcie wierzchołka korzeniowego. Pr. Minne i Dr. Priem. Owrzodzenie gruźlicze na wardze górnej. V. Ghinst. Neurit, spowodowany wyrwaniem zakończeń nerwowych podczas usuwania miazgi z kanałów. L. Cools. Sposób odlewania modeli ortodontycznych.

Nowiny Psychjatryczne. 1933. I—II. T Mielcarzewicz. Wrażenia z Międzynarodowej Wystawy Hygjenicznej w Dreźnie. K. Wize. Psychologja w stosunku do filozofi medycyny. St. Świerczek. Leczenie porażenia postępującego malarją. J. Podwiński. Kolonja dla psychicznie chorych „Janieliszki" pod Wilnem, jako nowy typ opieki psychjatrycznej pozazakładowej w Polsce. K. Mikulski. Przypadek ejdetyzmu poalkoholowego. T. Sokołowski. Oddziaływanie suggestywne za pomocą podniet bezwiednych.

Pedjatrja Polska. 1933 — 1. R. Stankiewicz. Odma mózgowa i jej znaczenie w djagnostyce i lecznictwie wieku dziecięcego. J. Zienkiewicz. Przyczynek do t. zw. odczynu limfocytowego u dzieci. Z. Lejmbachówna. Cztery przypadki wścieklizny u dzieci. F. Grodecki. Kilka słów o stosowaniu pomidorów w biegunukach u dzieci.

Pedjatrja Polska. 1933 — 2. A. Chwalibogowski Patologja cukrzycy dziecięcej w świetle piśmiennictwa ostatniego dzie-

sięciolecia oraz własnych sześcioletnich spostrzeżeń. Z. Lejmbachówna. Badania nad błonicą w związku z grupami krwi. J. Kon. Niezwykły zespół objawów u noworodka w następstwie ciężkiego urazu porodowego.

Pedjatrja Polska. 1933. —3. J. Zienkiewicz. Badania nad zawartością cholesteryny w surowicy krwi u dzieci zdrowych i w różnych stanach chorobowych. H. Gadomska. O syntropji stanów chorobowych. S. Mandelsowa. O błonicy nosa u noworadków. M. Bussel i J. Sulkes. Dwa przypadki rodzinnej nerczycy lipoidowej.

Pedjatrja Polska. 1933. — 4. J. Wiśniewski. Rola czynnika pokarmowego w powstawaniu biegunek niemowlęcych z objawami toksycznemi. J. Wiśniewski i P. Wójcik. Przyczynek do kliniki duru brzusznego u dzieci. P. Baumritter. Los dzieci chorych na cukrzycę.

Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego za rok 1923, wydany staraniem **Tow. Lekarskiego Warszawskiego.** Warszawa. 1933. Anatomja, histologja, embrjologja, antropologja, fizjologja, chemja, biologja, anatomja patologiczna, patologja ogólna i doświadczalna, bakterjologja, parazytologja, serologja, djagnostyka, terapja ogólna, farmakologja, toksytologja, patologja i terapja szczegółowa (choroby krwi i narządów krwiotwórczych, choroby przemiany materji, gruczołów dokrewnych i układu wegetatywnego, choroby narządów krążenia, choroby narządu moczowego, choroby narządu oddechowego, choroby narządów trawienia, choroby zakaźne); choroby nerwowe, choroby umysłowe, choroby dzieci, choroby nosa, gardła krtani i uszu chirurgja ogólna, chirurgja szczegółowa (chirurgja głowy, chirurgja klatki piersiowej, i kręgosłupa, chirurgja jamy brzusznej, chirurgja narządu moczowo-płciowego, chirurgja kończyn), choroby kobiece położnictwo, choroby oczu, choroby weneryczne, choroby skóry stomatologja, medycyna sądowa, hygjena i epidemjologja, balneologja i klimatologja, szpitalnictwo, statystyka i sprawozdania, historja i filozofja medycyny, energja promienista i promieniolecznictwo, medycyna społeczna, medycyna wojskowa, wychowanie fizyczne, nauczanie medycyny, prawodawstwo, sprawy zawodowe, nowe książki i oceny, życiorysy i wspomnienia. Spis alfabetyczny autorów, spis alfabetyczny prac.

Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. 1933.— II. E. Wannenmacher. Spostrzeżenia i badania na tle złamań szczękowych. A.

Immenkamp. Zmiany, zachodzące w tkankach i gojenie się ran w jamie ustnej po elektrokoagulacji. Münch. Usuwanie zęba mądrości. E. Seeberger. Przyczynek do zagadnienia, czy i w jaki sposób ciężkie choroby wieku oseskowego powodują stałe zmiany w uzębieniu i szkielecie szczęk. West. Badania nad przepuszczalnością twardych tkanek zęba i niektórych materjałów dentystycznych w szczególności zaś lakieru Claustriny, stosowanego w charakterze izolacji przy zakładaniu plomb krzemowych. M. Kösters. Pomiary czaszek za pomocą Rengenstereometru. H. Thiel. O punktach zaczepu dla protez całkowitych. J. Lartschneider. Podstawy naukowo ugruntowane odontologji i odontopatologji.

Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde. 1933. — III. E. Reichenbach. Praktyczne i krytyczne przyczynki do ceramiki protetycznej. R. Lehner. Praktyczne zastosowanie Tiranalu w dentystyce. F. Heuser. Zachowanie się zębiny pod plombami. D. Tittel. O powstawaniu rzekomej próchnicy na zębach torbieli dermoidalnych w jajnikach. Kranz. Krwawienia śluzówki jamy ustnej w chorobie śledziony typu Gauchera. T. Dobkowski. Rachit doświadczalny i jego znaczenie dla dentystyki. M. Kösters. Pomiary czaszek zapomocą Rentgenstereometru.

Die Fortschitte der Zahnheilkunde. 1933 r. **Zeszyt 6.** O. Müller. Metody wypełniania kanałów. O. Hübner. Uchybienia w dentystyce zachowawczej. Zapobieganie próchnicy. Rola szczelin szkliwnych na żującej i bocznej powierzchni: zapobieganie próchnicy zapomocą szlifowania lub plombowania tych szczelin. Traktowanie wrażliwości zębiny. Cementy krzemowe. Amalgamaty. Uśmiercanie miazgi. Leczenie kanałów zębowych. J. Misch. Hygjena dentystyczno-socjalna.

Die Forschitte der Zahnheilkunde. 1933 r. **Zeszyty 7.** H. Seel i G. Fischer. Lekoznawstwo. H. Seel i G. Fischer. Balneologja. H. Seel i Fischer. Toksykologja. E. Hauberrisser. Rentgenologja oraz błędy w jej dziedzinie. G. Blessing i G. Wessenfels. Promienio-światło- i elektrolecznictwo. F. Krüger. Fizjologja. H. Reinwein. Fizjologja patologiczna. W dziale streszczeń spotykamy z prac polskich J. Jarząba: „Metody leczenia korzeni oraz ich bakterjologiczna i biologiczna ocena". (Przegl. Dent. 1932 — 7).

Nowe czasopisma lekarskie

I.

Ukazał się pierwszy zeszyt miesięcznika **„Klinika współczesna"**. Komitet redakcyjny tworzą dr. T. Butkiewicz, dr. G. Bychowski, dr. L. Fingerhut, dr. B. Karbowski, doc. dr. W. Malanowski, dr. W. Mikułowski, doc. dr. A. Straszyński, dr. M. Szour. Wydawcą jest Polskie Wydawnictwo Lekarskie „Ars Medici", Warszawa, Marszałkowska 152. Prenumerata 16 zł rocznie. Miesięcznik „Klinika współczesna" poświęcony jest referatom. W zeszycie I spotykamy kilkadziesiąt streszczeń różnych prac z dziedziny chorób wewnętrznych, dziecinnych, nerwowych, skórnych, ocznych, nosowych, gardlanych, usznych, kobiecych, położnictwa, chirurgji i fizjologji. Streszczenia odznaczają się dokładnością i są tak obszerne, że dają czytającemu dokładne pojęcie o treści pracy oryginalnej.

II.

Otrzymaliśmy numer 1 czasopisma **„Nowiny Lecznictwa farmaceutycznego i fizykalnego"**. Honorowy komitet redakcyjny stanowią: prof. Uniw. Warsz. B. Koskowski, dr. med. M. Urstein i dr. med. J. Węgierko. Sekretarzem działu naukowego jest kpt. mg. Al. Hirszfeld (Grzybowska 33, tel. 228-71). Adres administracji pisma — Górnośląska 16, tel. 930-43. W numerze pierwszym spotykamy następujące prace. Mgr. A. Hirszfeld, kpt - apt. Przemysł chemiczno farmaceutyczny i lecznictwo współczesne. Jakub Węgierko. Znaczenie układu dokrewno - wegetacyjnego w chorobach przemiany materji. Maurycy Urstein. Rola gruczołów w codziennych przejawach życia. Dr. H. Landau. Opoterja w niedokrwistościach. Mgr. W. Filipowicz. Przemysł farmaceutyczny a bezrobocie. Dr. Grynbaum. Leczenie krótkiemi falami. Dr. J. Dobrzański Germatol.

KSIĄŻKI NADESŁANE

1) **XXV-ciolecie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. 1906—1931.** Warszawa 1933. Str. 350.

2) **Dr. Fr. Johannessohn.** Chinin in der Allgemeinpraxis. Ein Nachtrag zu der im J. 1930 erschienenen Ausgabe. Mannheim. — Amsterdam. 1932. Str 176.

3) **B. Bouffałł.** Cieniom przyjaciela. Warszawa 1933. Wspomnienie pośmietrne, poświęcone ś. p. Mieczysławowi hr. Chodkiewiczowi.

4) **Dr. De Coster.** Prof. à l'inst. belge de Stomatologie. Bruxelles. La méthode der réseaux, méthode d'analyse et de diagnostic orthodontique 1932.

5) **The Calcutta Dental College and Hospital.** Twelfth Annual Raport 1932 — 1933. Calcutta — 1933.

6) **La pratique stomatologique, Pathologie buccale, péri-buccale et d'origine buccale** par les Docteurs Rousseau-Decelle et Raison. Str. 576. Rys. 196. Wydanie Masson'a. Paryż. 1933. Dzieło to stanowi Tom I wydawnictwa „La Pratique Stomatologique". W krótce omówimy to dzieło tak samo, jak omówiliśmy te tomy, które już wyszły uprzednio, mianowicie: Nespoulous „Dentisterie opératoire" i G. Izard „Orthodontie".

Nowości przemysłu dentystycznego

Od pewnego czasu widzimy na naszym rynku aparat do głębokich naświetlań p. n. „Rosultra". Aparat ten wydaje długofalowe, pozaczerwone promienie, które przenikając do ustroju, w głąb tkanek powodują rozszerzenie naczyń krwionośnych i długotrwające przekrwienie, co przez szybszą przemianę materji sprzyja wydzielaniu szkodliwych produktów tejże. Naświetlania tym aparatem pobudzają czynność żywej tkanki, dzięki czemu goją się szybko, przez regenerację komórek, nawet owrzodzenia o charakterze przewlekłym. „Rosultra" może być włączona, do każdego kontaktu w sieci elektrycznej. Promienie powinny padać z odległości ½ metra od obnażonego ciała, zresztą może tu być regulatorem subjektywne odczuwanie siepła przez pacjenta. Czas naświetlania — 6—10 minut. Bóle zazwyczaj ustępują już po 6 minutach.

W naszej specjalności naświetlania wskazane są przy zapaleniu ostrem ozębnej i okostnej, bólach po usunięciu zęba, zabiegach chirurgicznych jak: wyłuszczenie torbieli, wycięcie wierzchołka i t. p. szczękościsku i padadentozie.

Aparat „Rosultra" badany był na 3 klinikach uniwersyteckich, co potwierdzają podane niżej zaświadczenia.

Z KLINIKI STOMATOLOGICZNEJ U. J. K. WE LWOWIE

Dyrektor Profesor Dr. A. Cieszyński.

Wyniki uzyskane na klinice Stomatologicznej U. J. K. we Lwowie, przy użyciu aparatu „ROSULTRA" do głębokich naświetlań.

W czasie próbnego stosowania aparatu „Rosultra" na kilkuset pacjentach klinicznych i porównywaniu wyników z innemi służącemi do podobnych celów, a używanych w stomatologji, stwierdzono:

Po 20-minutowych naświetlaniach w każdym wypadku silne przekrwienie miejscowe w stopniu znacznie silniejszym, aniżeli przy innych aparatach, nawet u pacjentów niewrażliwych.

Ustępowanie bolesności, wybitną poprawę samopoczucia pacjentów, oraz niezwykle szybki przebieg gojenia się przy bólach poekstrakcyjnych, poresekcyjnych, flegmonach, osteomyelitis, neuralgjach, periodotitis, periostitis, powiększeniu i bolesności gruczołów podszczękowych i szyjnych, oraz wszystkich zabiegach operacyjnych — przy szczękościskach zniesienie go w stopniu umożniwiającym zabieg.

Ujemnych objawów nawet po 3-krotnych 20-minutowych naświetlaniach dziennie nie zauważono.

Wskutek braku światła jest znacznie przyjemniejszy dla pacjentów.

Zużycie prądu jest kilkakrotnie mniejsze niż przy innych aparatach, używanych do tych celów.

INSTYTUT STOMATOLOGICZNY UNIW. JAGIELL. KRAKÓW.

Kierownik Profesor Dr. W. Łepkowski.

Na życzenie WPanów przedstawicieli Firmy „Zygmunt Garbiński" donoszę, że aparat „Rosultra" jest w Instytucie Stomatologicznym U. J. K. używany, a wyniki jego działania są zadawalniające.

AKADEMJA STOMATOLOGICZNA

Oddział chirurgiczny w Warszawie.

Kierownik Kliniki Prof. Dr. A. Meissner.

Warszawa, dnia 6 września 1933 r.

Wyniki badań nad aparatem „Rosultra".

Aparat Rosultra stosowany jest od 2-ch lat na Oddziale Chirurgicznym.

Naświetlenie było stosowane naogół przez 8—25 minut, najczęściej przy następujących sprawach:

1) przy sprawach zapalnych zatok szczękowych, czołowych, sitowych.
2) w przypadkach rwy nerwu trójdzielnego,
3) po zabiegach zębowych j. np. po rezekcjach, replantacjach, ekstrakcjach, dłutowaniach,
4) oraz po operacjach szczękowych, np. rezekcja szczęki i t. p

Lampa „Rosultra" daje możność łatwego i dogodnego zastosowania ciepła w obrębie twarzy i szyi.

Drukarnia Artystyczna, Warszawa, Nowy Świat 47, tel. 635-80 635-83